Ankenævnet for Forsikring

932/14

Den 3. februar 2014 blev i sag nr. 84.520:

xxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har via sit fagforbund tegnet HK+ Tandforsikring i Forsikrings-Aktieselskabet Alka. Hun klager over størrelsen af den erstatning, selskabet har betalt i anledning af 3 tandbehandlinger.

Selskabet har afvist at dække yderligere med henvisning til, at behovet for behandling af tanden +7 var til stede ved forsikringens tegning, ligesom kendskab til behandlingsbehovet var til stede ved forsikringens tegning.

I sin klage til nævnet af 27/5 2013 har klageren krævet, at selskabet bliver pålagt at betale yderligere 4.879 kr. og har til støtte for sit krav bl.a. anført:

> "Jeg har accepteret, at en del af regningen fra marts 2012 ikke dækkes af forsikringen, da tanden var behandlingskrævende, inden den knækkede. Altså mener jeg at have 4879 kr. til gode fra dansk tandforsikring. Totalbeløbet (14842) minus krone og støbt opbygning (6963) minus selvrisiko (3000) = 4879 kr.
> Kravet for optagelse i forsikringen var, at man have gået til regelmæssig tandbehandling - hvilket jeg har gjort i mere end 40 år. Man må forudsætte, at min tandlæge ville have repareret mine tænder, eller have skrevet det i journalen, hvis mine tænder var behandlingskrævende, og jeg vil hævde at Dansk Tandforsikring markedsføre sig med falsk markedsføring og lokker folk ind i ordningen på falske betingelser, hvis ikke jeg får min erstatning udbetalt.
> I forsikringsbetingelserne står der intet om, at der skal indleveres tandskema, hvis man har gået til regelmæssig tandbehandling hos autoriserede tandlæger, og det må bero på et skøn fra den enkelte autoriserede tandlæge, om min tand (+7) var behandlingskrævende, inden jeg fik en tyggeskade.
> Min tandlæge har ikke skønnet, at min tand (+7) var behandlingskrævende, inden tanden knækkede ved en tyggeskade i november 2012. At forsikringsselskabet skønner anderledes,

kan jeg ikke acceptere. Der er intet angivet i forsikringsbetingelserne om, hvor store tandplomber må være, for at en tand ikke er dækket af forsikringen.
At man så afviser at betale ved at hævde, at behandlingen er kosmetisk, selv om jeg har skrevet at tanden var knækket understreger bare, at dette forsikringsselskab er dybt uprofessionelt og useriøst."

Selskabet har over for nævnet i brev af 19/6 2013 fastholdt sin afgørelse og har redegjort for sagen således:

"Klager tegnede HK+ Tandforsikring den 6. januar 2012.

Den 14. december 2012 fremsendte klager 3 tandlægeregninger til refusion. Regningerne vedrørte behandling foretaget den 27. marts 2012, behandling foretaget 3. september 2012 og behandling foretaget 12. december 2012.

Dansk Tandforsikrings tandlægekonsulent gennemgik det fremsendte journal- og røntgenmateriale og konkluderede for så vidt angik behandlingen den 27. marts 2012 af tanden 6+, at refusion ikke kunne ydes, da behandlingen af denne tand var anbefalet af klagers tandlæge inden klager blev omfattet af forsikringen.

Behandlingen den 3. september 2012, som omfattede regelmæssig diagnostisk undersøgelse, tandrens og plastfyldning kunne godkendes, men da beløbet var under forsikringens årlige selvrisiko på 3.000 kr. kunne der ikke udbetales refusion som følge af behandlingen.

Behandlingen den 12. december 2012 vedrørte kronebehandling af tanden +7. Denne tand var forud for forsikringens tegning behandlet med en meget dyb SA-fyldning (sølvamalgamfyldning) og det fremgik, at der var meget lidt tandsubstans tilbage og tandlægekonsulenten afviste, at der kunne ydes refusion for kronebehandlingen af denne tand, da tanden måtte anses for behandlingskrævende allerede før tidspunktet for forsikringens tegning.

Ved mail af 6. januar 2013 meddelte Dansk Tandforsikring tandlægekonsulentens konklusioner og tilføjede, at det fremgik af klagers journal, at hun havde flere tænder med samme problematik, hvorfor selskabet anbefalede klager at få udfyldt en tandstatuserklæring med henblik på den fremtidige dækning."

Til støtte for afvisning af yderligere dækning har selskabet bl.a. anført:

"Indledningsvis skal vi bemærke, at klagers anbringende om, at tanden knækkede ved en tyggeskade er en helt ny oplysning, som ikke er fremført før - hverken overfor selskabet eller overfor Fællesnævnet, men først i klageskemaet til Ankenævnet.

En markant ændret forklaring, der fremkommer efter selskabet flere gange har forklaret kriterierne for dækning og hvorfor den aktuelle skade ikke kunne dækkes (og som i øvrigt ikke fremgår af hverken journal eller røntgen), kan ikke lægges til grund for en revurdering af sagen. Hvortil det endvidere skal bemærkes, at selskabet finder det påfaldende, at tandlægen ikke i journalen har anført det, såfremt tanden var knækket eller medsendt røntgen der kunne påvise det.
…
HK + Tandforsikringen dækker udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelig forbyggende behandlinger samt behandling af egentlig skade eller sygdom i tænderne.

3. 84.520

Af betingelsernes afsnit 6 fremgår det imidlertid, at der er visse undtagelser til dækningen på forsikringen.

Forsikringen dækker med henvisning til afsnit 6.2 ikke sygdom eller skade på tænderne, som var til stede på tegningstidspunktet, hvilket vil sige sygdom og skade i tænderne som er opstået inden forsikringens tegning og er behandlingskrævende, og som forsikrede

- har eller burde havde kendskab til,
- er fundet og journaliseret,
- forsikrede har undladt at få udført anbefalet eller nødvendig behandling af og behandling senere kræves, og
- forværring eller følger af tilstande i tænderne, hvor der ikke er foretaget nødvendig behandling.

Af klagers tandlægejournal fremgår det, at der den 21. november 2012 blev taget røntgen af +7 fordi den skulle kronebehandles. Der blev ikke anført en diagnose eller årsag til kronebehandlingen, men det fremgik af røntgenfotoet, at +7 var behandlet med en meget stor fyldning, som havde efterladt meget lidt tandsubstans. Af journalen fremgår ikke, hvornår fyldningen er foretaget, hvorfor dette må være sket før juni 2009. Der foreligger med andre ord intet om baggrunden for kronebehandlingen af +7.

Journalen har været forelagt Alka Forsikrings tandlægekonsulent, som har udtalt, at alle tænder, som er restaureret med store fyldninger, kan få behov for behandling med krone, hvis der opstår brud eller revner, men i klagers journal er der ikke anført forhold, der forklarer, hvorfor der var behov for kronebehandling af tanden.

Ingen forsikring dækker skader eller forhold, der var til stede/opstået før forsikringens tegning, og tandforsikringen dækker således også kun behandlingsudgifter til sygdom og skade på tænderne, som er opstået efter forsikringens tegning.

At behandlingsbehovet oftest stiger med alder og slid på tandsættet og at et 'ældre' tandsæt - trods både regelmæssig tandpleje og god mundhygiejne - oftest er behæftet med tidligere restaureringer og deraf opståede svagheder (f.eks. store fyldninger som svækker tandens styrke og modstandskraft) ændrer ikke på, at forsikringen alene dækker sygdom og skade, som er opstået efter forsikringens tegning.

Fyldningerne af +7 er ikke nævnt i journalen, så disse må være udført mere end 3 år forud for kronebehandlingen. Såfremt tanden skulle krones, fordi fyldningerne ikke kunne holde længere og kronebehandling blev valgt, fordi en udskiftning af fyldningerne ikke var optimal, er det selskabets opfattelse, at behandlingsbehovet både var til stede ved forsikringens tegning, samt at behandlingsbehovet burde være kendt på tegningstidspunktet og vi må således fastholde, at der med henvisning til dels journal dels røntgen i overensstemmelse med forsikringsbetingelsernes afsnit 6.2 var tale om et tilstedeværende behandlingsbehov, hvorfor behandlingen af tanden +7 ikke kan dækkes på forsikringen."

Nævnets sekretariat har forelagt sagen for nævnets tandlægesagkyndige, og denne har i erklæring af 1/7 2013 anført:

"Ved udarbejdelsen af denne rapport har jeg været i besiddelse af journalkopi samt røntgenkopier fra tandlæge ...

Journal:

4. 84.520

Af journalen fremgår det, at der den 26.11.2012 påbegyndes fremstilling af MK-krone på tanden +7.
Behandlingen afsluttes den 12.12.2012.

Der ses ikke på noget tidspunkt journaliseret diagnoser eller begrundelse for den udførte behandling.

Røntgen:
BW optagelse fra 29.01.2011 og rtg. fra 21.11.12, viser begge tanden +7 med en meget stor amalgamfyldning.

Sammenfatning:
Tanden +7 var før forsikringens tegning forsynet med en meget stor amalgamfyldning.

Der er ikke journaliseret eller røntgendiagnosticeret en ændring i tandens tilstand fra tidspunktet for forsikringens tegning og frem til behandlingens udførelse.

Det skal pointeres, at den faglige indikation for fremstilling af krone på en tand med en så stor fyldning, som der ses her, er opfyldt, idet tandens forøgede frakturrisiko (som følge af den store fyldning) hermed mindskes.

Ud fra de tilgængelige oplysninger, har indikationen for kronebehandling været aktuel allerede før forsikringens tegning.

På baggrund af ovenstående kan jeg udtale:

Da der ikke kan erkendes ændringer i tilstanden for tanden +7 fra før forsikringens tegning til behandlingens udførelse, var behandlingsbehovet tilstedeværende også før forsikringens tegning den 6. januar 2012."

Klageren har ikke accepteret den tandlægesagkyndiges vurdering, idet hun i brev til nævnet modtaget den 12/7 2013 bl.a. har anført:

"Jeg mener ikke sagen er ordentlig belyst, idet det påstås, at der ikke er nogen begrundelse for den udførte behandling. Det er IKKE rigtigt.

Tanden +7 var knækket ved en tyggeskade i november 2012. Dansk Tandforsikring mener ikke at have fået dette at vide ved indsendelse af fakturaer. Det er ikke rigtigt. I den medsendte mail fra 13/12-12 står der i sidste linje, at det handler om en tyggeskade.

Ankenævn for forsikring har også modtaget kopi af denne mail, men må have undladt at gennemgå materialet grundigt, da man åbenbart har overset denne detalje.

Jeg vedlægger kopi af mail fra [klagerens tandlæge], og håber det kan bruges som dokumentation."

Af klagerens tandlæges brev af 11/7 2013 fremgår:

"[Klageren] henvender sig angående en tand i ok venstre side som er knækket i forbindelse med tygning. [Klageren] får en tid den 21. 11. 2012. det konstateres at der er knækket en forside af tanden, det aftales at tanden skal have en krone på, og der aftales en ny tid. [Kla-

geren] var til regelmæssigt eftersyn den 3. september 2012. Tiden den 21.11.2012 har hun fået som en akuttid efter uheldet. Det er rigtigt at man ikke kan se den afknækkede flade på røntgenbilledet men det skyldes sølvfyldningen 'skygger'. Der står ikke i journalen at tanden er knækket, det har stået i behandlingsplanen som er slettet efter endt behandling."

Sekretariatet har efterfølgende i brev af 12/7 2013 til nævnets tandlægesagkyndige forespurgt, om klagerens og hendes tandlæges bemærkninger giver anledning til en ændret vurdering.

Nævnets tandlægesagkyndige har i brev af 26/7 2013 fastholdt den tidligere vurdering, idet han har anført:

"Idet der i tandlægens journal hverken er påført diagnoser eller begrundelser for den udførte behandling, og idet det ved sagsbehandlingen tilgængelige røntgen-materiale ikke afdækker noget nyt behandlingsbehov, kan den fremsendte erklæring ikke give anledning til en ændret vurdering."

Nævnet har fået fremlagt de bilag, parterne har fremlagt, herunder journaludskrift fra klagerens tandlæge.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"5 Hvad dækker forsikringen
Forsikringen dækker udgifter til regelmæssige undersøgelser, tandrensning, røntgenoptagelse, almindelige forebyggende behandlinger samt alle behandlinger af egentlig sygdom eller skade i forsikredes tandsæt.
…
6 Forsikringen dækker ikke
Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt:
…
6.2 Bestående sygdom eller skade på tegningstidspunktet
Al sygdom og skade i forsikredes tandsæt, som er opstået inden tegning af forsikringen, og som:

- er behandlingskrævende.
- forsikrede har kendskab til, eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.
- er fundet og journaliserede.
- forsikrede har undladt at få udført anbefalede og nødvendige behandlinger, og som efterfølgende kræver behandling.
- er senere forværringer og følger af tilstande, hvor der ikke er foretaget den nødvendige behandling

Er ovennævnte tilstande til stede pa tegningstidspunktet, skal disse være fuldt behandlet og udbedret ud fra normal tandlægefaglig anbefaling, førend dækning af eventuelt senere opståede og behandlingskrævende tilstande i det pågældende område i tandsættet kan opnås."

6. 84.520

Nævnet udtaler:
Behovet for behandling af tanden +7 omtales første gang i klagerens tandlægejournal den 21/11 2012, hvilket er 10½ måned efter forsikringens tegning. Tanden omtales ikke forud for den 21/11 2012 i den fremlagte journal, der vedrører tiden fra den 16/6 2009. Klagerens tandlæge har under sagens behandling ved nævnet erklæret, at klagerens tandlægebesøg den 21/11 2012 var en akuttid, idet klageren havde knækket en forside af tanden i forbindelse med tygning. Den sidstnævnte oplysning fremgår ikke af journalen og er ifølge selskabet heller ikke oplyst forud for sagens indbringelse for nævnet.

Forsikringsbetingelsernes punkt 6 indeholder ansvarsbegrænsende bestemmelser, som har karakter af undtagelsesbestemmelser. Det er derfor selskabet, der har bevisbyrden for, at betingelserne er opfyldt.

Forsikringsbetingelsernes punkt 6.2 er indbyrdes modstridende, idet der efter den ene undtagelse ikke er dækning for sygdom og skade, som er opstået inden tegningstidspunktet, og som "er behandlingskrævende", mens der efter den anden undtagelse ikke er dækning for sygdom og skade, der er opstået inden tegningstidspunktet, og som "forsikrede har kendskab til eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende". Opstår der tvivl om forståelsen af en aftale, og har det pågældende aftalevilkår ikke været genstand for individuel forhandling, fortolkes vilkåret på den måde, som er mest gunstig for forbrugeren. Henset hertil og til forsikringens karakter finder nævnet, at de to nævnte undtagelser i betingelsernes punkt 6.2 må forstås således, at forsikrede kun mister sin ret til erstatning, hvis der er en sygdom eller skade i forsikredes tandsæt, som er opstået inden tegningstidspunktet, som forsikrede har kendskab til eller burde have kendskab til, og som er behandlingskrævende.

Efter en samlet bedømmelse af sagens oplysninger finder nævnet, at der var indikation for kronebehandling af tanden +7 allerede før tegningstidspunktet den 6/1 2012. Henset til den fremlagte journal og klagerens oplysninger, finder nævnet imidlertid, at selskabet ikke har godtgjort, at klageren havde eller burde have kendskab til, at der var denne in-

dikation for kronebehandling af tanden +7. Det er derfor efter en samlet vurdering nævnets opfattelse, at selskabet ikke har været berettiget til at afvise forsikringsdækning af tanden.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s:

Selskabet, Forsikrings-Aktieselskabet Alka, skal anerkende, at det ikke har været berettiget til at afvise forsikringsdækning af tanden +7, og selskabet skal på den baggrund genoptage sagen.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund